

別記様式第1号（第5条関係）

不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり不妊治療費補助金の交付を受けたいので申請します。

氏名		生年月日		加入医療保険名
		個人番号		
夫			年 月 日	
妻			年 月 日	
領収書の合計額 (保険診療対象外のもの)			円	
国・県からの助成の有無			有( 円)・無	
医療保険等からの助成の有無			有( 円)・無	
交付申請額			円	
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		
	店名等	本店・支店・出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
添付書類		<p>(1) 夫婦であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。なお、住民票に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要</p> <p>(2) 不妊治療費受診等証明書</p> <p>(3) 医療機関が発行する不妊治療費の領収書の写し</p> <p>(4) 住民基本台帳の記録及び市税の納付状況の確認に係る同意書</p>		